**INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSPRAKTIJK de Turfvaart** d.d. ……/ ………………. 2024.

|  |  |
| --- | --- |
|  NAAM : M/V *voorletters (evt. roepnaam) + achternaam omcirkelen*  | GEB.DD:….......................................  |
| ADRES:  | POSTCODE  |
| WOONPLAATS:  | TELNR  |
| MAILADRES:  | MOBIEL NR  |
| Zorgverzekeraar:  | IDnr  |
| Nr zorgverzekeringspas:  | BSN nr  |

**OVERIGE GEZINSLEDEN:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1  | Naam  | M/V | Geb. dd  |
| Mailadres  | Mobiel nr  |
| Zorgverzekeraar  | IDnr  |
| Nr zorgverzekeringspas  | BSN nr  |
| 2  | Naam | M/V  | Geb. dd  |
| Mailadres  | Mobiel nr  |
| Zorgverzekeraar  | Idnr  |
| Nr zorgverzekeringspas  | BSN nr  |
| 3  | Naam | M/V | Geb. dd  |
| Mailadres  | Mobiel nr  |
| Zorgverzekeraar  | Idnr  |
| Nr zorgverzekeringspas  | BSN nr  |

 De op dit formulier genoemde patiënt(en) heeft(hebben) zelf gevraagd om op naam te worden in geschreven bij huisartspraktijk de Turfvaart en verzoekt/verzoeken hun vorige huisarts ……………………………. te ………………………. om z.s.m. zorg te dragen voor overdracht van het/de (elektronische) patiëntendossier(s).

Datum inschrijven bij huisartspraktijk De Turfvaart…… /…………… 2024.

Voor akkoord (*alle volwassenen dienen te ondertekenen*):

Naam patiënt: ……………………… Handtekening ………………..

Naam patiënt: ……………………… Handtekening …………………

KOPIE-ID ingeleverd: JA / NEE KOPIE ZORGPAS ingeleverd: JA / NEE